

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925.

THÈSE 261

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger CHARLES

Né à Arçais (Deux-Sèvres), le 8 février 1900

Contribution à l'Étude de la Technique

DE

L'HEBOTOMIE

Section du Pubis sous-cutanée

OU

A ciel ouvert

Président : M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

POITIERS

A. MASSON, ÉDITEUR

2, Rue Scheurer-Kestner, 2

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Roger CHARLES

Né à Arçais (Deux-Sèvres), le 8 février 1900

Contribution à l'Étude de la Technique

DE

L'HEBOTOMIE

Section du Pubis sous-cutanée

OU

A ciel ouvert

Président : M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

POITIERS

A. MASSON, ÉDITEUR

2, Rue Scheurer-Kestner, 2

1925



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	N...
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ CHAUFFARD.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
Clinique ophtalmologique	{ GOSSET.
Clinique urologique	{ TERRIER.
	{ LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laringologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI .	Pathologie médicale.	LABBÉ Henri	Chimie biologique.
ALGLAVE .	Pathologie chirurgic ^{le} .	LARDENNOIS .	Pathologie chirurgic ^{le} .
AUBERTIN .	Pathologie médicale.	LE LORIER .	Obstétrique.
BASSET .	Pathologie chirurgic ^{le} .	LEMAITRE .	Oto-rhino-laryngolo- gique.
BAUDOIN .	Pathologie médicale.	LEMIERRE .	Pathologie médicale.
BINET .	Physiologie.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE .	Chimie biologique.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
BRANCA .	Histologie.	LIAN .	Pathologie médicale.
BRULÉ .	Pathologie médicale.	MATHIEU .	Pathologie chirurgic ^{le} .
BUSQUET .	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZER .	Obstétricale.
CADENAT .	Pathologie chirurgic ^{le} .	MOCQUOT .	Pathologie chirurgic ^{le} .
CHAMPY .	Histologie.	MONDOR .	Pathologie chirurgic ^{le} .
CHIRAY .	Pathologie médicale.	MOURE .	Pathologie chirurgic ^{le} .
CLERC .	Pathologie médicale.	MULON .	Histologie.
DEBRÉ .	Hygiène.	PHILIBERT .	Bactériologie.
I. de JONG .	Anatomie pathologi ^q .	RIBIERRE .	Pathologie médicale.
DUVOIR .	Médecine légale.	RICHET Fils.	Physiologie.
ÉCALLE .	Obstétrique.	ROUVIÈRE .	Anatomie.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.	TANON .	Pathologie médicale.
FOIX .	Pathologie médicale.	TIFFENEAU.	Pharmacologie et ma- tière médicale.
GARNIER .	Pathologie expérimentale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HARVIER .	Pathologie médicale.	VERNE .	Histologie.
HEITZ-BOYER .	Urologie.	VILLARET .	Pathologie médicale.
HOVELACQUE .	Anatomie.	WELTER .	Ophtalmologie.
JOYEUX .	Parasitologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS .	Physiologie.	GUÉNIOT .	Obstétrique.
GOUGEROT .	Pathologie médicale.	RETTERER .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgica ^{le} .	LOEPER . .	Clinique médicale.
CHEVASSU .	Clinique chirurgica ^{le} .	PROUST . .	Clinique chirurgica ^{le} .
LAIGNEL LAVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY . .	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgica ^{le} .
LÉRI . . .	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les acciden- tés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique. .
LEDoux-LEBARD ¹		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

A MES PARENTS

A MONSIEUR JEANSON

INSTITUTEUR

Mon premier Maître

A MES AMIS.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES MAITRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE

DE

Poitiers, Bordeaux, Paris,

et plus particulièrement à :

M. LE DOCTEUR MORICHAU-BEAUCHANT

qui nous apprit ce qu'était un malade

MM. LES PROFESSEURS VERGER,
PIQUÉ,
PACHON,

de la Faculté de Bordeaux.

MM. LES PROFESSEURS MARCEL LABBÉ,
TEISSIER.

MM. LES DOCTEURS CAHALA,
CHEVALIER,
LEREBOULLET,

de la Faculté de Paris.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

de la Faculté de Médecine de Paris

qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.

SÉCTION DU PUBIS SOUS-CUTANÉE

OU

A CIEL OUVERT

INTRODUCTION

Depuis que LÉONARDO GIGLI a remis en honneur l'opération de CHAMPION STOLZ et l'a rendue aisée par l'invention de son fil scie, on a pratiqué très souvent la section latérale du Pubis. Les Allemands modifièrent rapidement la technique et à la suite de DÖDERLEIN adoptèrent celle de STOLZ en pratiquant la section osseuse par voie sous-cutanée.

Cette dernière méthode est-elle préférable à celle de GIGLI ? Les cas publiés en sont de beaucoup plus nombreux. Tandis qu'il nous a été possible d'en recueillir plus de 300 dans la littérature, nous n'en avons trouvé qu'une centaine par la méthode ouverte. Cette disproportion influera forcément sur les chiffres relevés.

Dans ce travail nous nous proposons de rechercher si l'une d'elle présente plus d'avantages que l'autre. Nous verrons qu'il ne faut pas être absolu et que chacune d'elle a ses indications.

Quelques considérations générales trouveront cependant place ici. Nous remarquerons d'abord qu'en matière de chirurgie obstétricale le pronostic est très influencé par les facteurs obstétricaux et généraux quelque soit l'opération entreprise.

L'Hebotomie sous-cutanée est en contradiction avec toutes les tendances de la chirurgie actuelle : se donner du jour. Surtout qu'il s'agit ici d'une fracture grave puisque intéressant le bassin et a proximité des organes génitaux.

Mais elle a pour elle l'avantage de l'élégance et de l'esthétique. L'opérée est femme et comme telle peut hésiter devant la perspective d'une cicatrice — Il y en a — En face de celle-là, l'accoucheur rassemblant son art de convaincre devra-t il toujours paraphraser GIGLI :

« Le fait de pouvoir assurer l'hémostase et de prévenir la formation d'espaces morts et de lacunes a pour moi plus d'importance que la préoccupation d'éviter une petite cicatrice linéaire si facile à dissimuler en cette région. Par conséquent la méthode de STOLZ doit être pratiquée à ciel ouvert. »

Avant de commencer cette étude nous prions Monsieur le Docteur CATHALA qui nous a toujours dispensé largement son enseignement et ses conseils éclairés pour l'établissement de ce travail, de bien vouloir agréer ici l'expression de notre gratitude.

Nous remercions a nouveau Monsieur le Professeur BRINDEAU pour l'accueil qu'il nous a fait dans son service, nous autorisant à publier ses observations et qui a bien voulu présider cette thèse.

Nous remercions également Monsieur le Docteur LE LORIER qui nous reçut aimablement dans son service et nous a communiqué ses dernières observations.

HISTORIQUE

« La valeur de la symphyséotomie résulte de l'inocuité *quod vitam et functionem* ; son mérite provient de la simplicité de sa technique » (ZARATE). Cet éloge de l'opération de Sigault peut à plus forte raison être fait à celle de Gigli plus simple encore et de pronostic meilleur,

Encore que depuis SIGAULT les résultats de la symphyséotomie se soient très améliorés Le règne de l'asepsie a remplacé la théorie de « *l'influence des lieux* » dont parle encore MALGAIGNE en 1861. Cependant l'opération de Sigault, condamnée par les chirurgiens et avec eux BAUDELOQUE, MADAME LA CHAPELLE, LAUVERGEAT, repa- rée en France avec VARNIER, PINARD et FARABEUF y fut peu pratiquée. L'évolution de la césarienne, les techniques meilleures, l'asepsie avaient fait oublier le mémoire et la thèse de Sigault. La symphyséotomie vieille de 150 ans a depuis longtemps d'ailleurs une rivale qui fait de plus en plus de progrès.

En 1655 JEHAN CLAUDE DE LA COURVÉE eut le premier l'idée de sectionner avec un rasoir la symphyse pubienne d'une femme qui venait d'expirer dans les douleurs de l'enfantement, et d'extraire rapidement un enfant vivant. Plus d'un siècle après, SIGAULT en 1768 présentait son mémoire à l'Académie de chirurgie et soutenait sa thèse à Angers le 22 mars 1773. Il fit, aidé d'ALPHONSE LEROY sa

première opération sur la femme SOUCHOT le 1^{er} octobre 1777.

Le 4 février 1778 GASPARD VON SIEBOLT pratiquant une symphyséotomie fut contraint par suite de l'ossification ou d'une erreur de technique de faire une ostéotomie portant sur le Pubis. Il la fit suivre d'une version pour extraire l'enfant. Notons que plus tard cette première pubiotomisée eut un accouchement spontané.

Quelques années après, en 1785, ATKEN, chirurgien à Edimbourg, propose de remplacer la symphyséotomie par une double section du bassin au niveau des deux branches pubiennes. C'était une double ischiopubiotomie. Il se sert pour cela d'une scie articulée inventée par lui et se propose de remplacer dans tous les cas la césarienne par cette opération. Elle fut après lui pratiquée en Italie par GABIALTI et CIANFLONE qui n'eurent qu'un double insuccès. L'opération fut oubliée jusqu'en 1821. On lit à cette époque dans le dictionnaire de MURAT.

« Quelques praticiens parmi lesquels je me bornerai à citer le Docteur CHAMPION de Bar-le-Duc croient qu'au lieu de diviser la symphyse pubienne on devrait, et il serait préférable en général de scier à côté de cette espèce d'articulation. En effet, en sciant, on évite, comme le dit Desgranges, l'urèthre, la saillie de la vessie, les longs tâtonnements pour trouver le cartilage interposé entre les pubis. »

Mais CHAMPION n'opère que sur des cadavres et ne donne pas de techniques. C'est STOLZ qui le premier va donner le *Modus operandi* que l'on ne trouve d'ailleurs que dans la thèse de son élève LACOUR en 1844 :

« Monsieur Stolz, dit celui-ci pense que le dernier mot n'est pas dit sur la symphyséotomie et qu'on condamne trop généralement cette opération qu'il appelle la Pubiotomie. Il décrit depuis plus de six ans dans ses cours et démontre sur le cadavre un procédé opératoire des plus simples et des plus faciles. Ce procédé consiste à diviser un des pubis près de la symphyse au moyen de la scie à chaînette sans faire d'incision à la peau. Pour cela on pratique une petite boutonnière au mont de Vénus (préablement rasé), au point correspondant à la crête pubienne à droite ou à gauche de la symphyse. Par cette boutonnière on introduit une aiguille longue et légèrement recourbée à laquelle est fixée la scie à chaînette. On glisse l'aiguille le long de la face postérieure du pubis en rasant l'os et on fait sortir la pointe du côté du clitoris entre un des corps caverneux et la branche descendante du pubis à laquelle il est uni. L'aiguille a entraîné la scie. On adapte la poignée, on tend légèrement la scie entre les deux mains et la saisissant par les deux extrémités, quelques mouvements de va et vient suffisent pour diviser le pubis. Les deux portions séparées s'écartent aussitôt et cet écartement peut être augmenté presque à volonté ou s'opérera par la pression de la tête ou du corps du fœtus. Le pubis divisé, une des poignées est ôtée, l'instrument retiré et il reste une petite boutonnière qui se cicatrise facilement ». Et Lacour ajoute parlant de l'opération du professeur de Strasbourg : « Elle est si simple, et si facile à exécuter, elle réunit tant de conditions favorables que nous pensons qu'elle pourra être généralement adoptée. »

Malgré la conclusion optimiste de Lacour, personne ne risqua l'opération sur le vivant. La mortalité en eût été élevée à cette époque. De plus, la scie à chaînette était peu commode.

PASTEUR, l'avènement de la bactériologie et de l'asepsie, levèrent le premier obstacle. L'autre le fut en 1894 lorsque GIGLI inventa la « *filò sega* », son *fil scie* qui sert encore actuellement.

Gigli cependant n'opère pas lui-même. Mais la Pubiotomie sera pour la première fois pratiquée par BONARDI le 17 mai 1897 extrayant un enfant de 3200 gr. hors d'un bassin plat rachitique de C V. 7 cm.

CALDERINI, en 1899, VAN DE VELDE en 1901, GIGLI lui-même en 1902 l'imitèrent.

Van de Velde propose alors de remplacer le terme Pubiotomie par celui plus correct de *Hébotomie* (ἡδὴ τομή). DÖDERLEIN propose (*Héboistéotomie*).

En France DE BOVIS l'introduit en 1904 et fait faire une thèse à son élève VOGUET. BAR, PORAK, MACÉ furent parmi les premiers opérateurs. Toutefois Calderini, Van de Velde, de Bovis modifièrent dans les détails le procédé de Gigli. En 1903 Doderlein reprend l'idée de Stolz et pratique à son tour l'hébotomie sous cutanée. Partiellement d'ailleurs puisqu'il fait, comme de Bovis plus tard, une incision suspubienne. SELIGMAN, HENKEL, TANDLER se sont inspirés du même procédé et donnent chacun une technique. WALCHER puis BUMM et STOCKEL pratiquent l'hébotomie entièrement sous-cutanée conduisant la scie avec une aiguille à grande courbure.

Actuellement l'hébotomie est pratiquée fréquemment.

En France, en Italie, la méthode ouverte conserve le plus de partisans. Le procédé de Stolz Doderlein est presque uniquement pratiqué en Allemagne, aux Etats Unis, en Angleterre, en Espagne, en Amérique du Sud. Il commence à l'être en France et en Italie.

Aujourd'hui, si certains auteurs persistent à n'employer qu'une méthode, d'autres moins absolus utilisent l'une ou l'autre suivant les cas.

Avant d'exposer quelles peuvent être ces indications nous étudierons rapidement les techniques usitées et nous verrons ensuite quels sont les résultats à envisager suivant que le procédé est à ciel ouvert, ou sous-cutané.

TECHNIQUES

Nous écarterons de ce chapitre les procédés d'agrandissement du bassin par Hétéroplastie, ostéoplastie qui ont le tort de modifier la statique du bassin. Et nous ne citerons que pour mémoire la Pubiotomie bilatérale proposée en 1831 par Pitois et qui ne fut jamais pratiquée.

A. HEBOTOMIES A CIEL OUVERT

Méthode de Gigli. La femme est mise en position obstétricale. Deux aides soutiennent les jambes. Après anesthésie on incise la peau et le tissu cellulaire sous-cutané depuis le bord supérieur de la symphyse jusqu'au tubercule sous-pubien. Mesurant 8 à 10 cm, cette incision est oblique en bas et en dehors. On libère l'os et on introduit une grosse aiguille derrière le bord supérieur du pubis près de la symphyse et en rasant la face postérieure de l'os. Deux doigts dans le vagin contrôlent la marche de l'aiguille que l'on fait ressortir au bord inférieur de l'os, à l'autre extrémité de l'incision. On fixe alors la « *filosega* » qui vient remplacer l'aiguille. On place les poignées et en quelques secondes on scie le pubis. Gigli recommande de faire un trait oblique qui donne une plus grande surface à la consolidation ultérieure mais

qui d'après Bonnaire fait un bord tranchant au fragment iliaque, cause possible de déchirures des tissus.

Calderini incise la peau à un cm en dedans de l'épine pubienne jusqu'à la grande lèvre, donc obliquement en bas et en dedans. Il introduit l'aiguille par l'angle inférieur (cité par Gardini).

Van de Velde introduit aussi l'aiguille de bas en haut, mais l'incision est faite à partir du tubercule sus-pubien. De plus il trouve inutile de guider l'aiguille par les doigts introduits dans le vagin. L'accouchement terminé il fait des sutures périostiques mais laisse les cuisses écartées pour essayer d'obtenir l'élargissement permanent du bassin.

Costa (cité par Zarate) fait une incision transversale au-dessus du bord inférieur de la symphyse, évitant ainsi la veine dorsale du clitoris et l'extrémité du plexus de Santorini. De l'extrémité externe part une autre incision rejoignant la grande lèvre. Il sectionne en bas la racine du clitoris entre deux pinces. L'auteur recommande de coudre au préalable sur les bords de la plaie un linge stérile pour éviter la contamination par les organes génitaux. Il met la femme en position de Walcher.

B. HEBOTOMIES SOUS-CUTANÉE

1^o partiellement : type STOLZ DODERLEIN

Procédé de Doderlein. Stolz ne faisait qu'une boutonnière au-dessus du pubis. Doderlein y fait une incision *transversale* de deux centimètres par où il intro-

duit, guidée sur un doigt l'aiguille conducteur. Deuxième incision là où celle-ci vient ressortir, dans le sillon labio-crural. Le trait de scie est celui de VAN DE VELDE. L'aiguille semblable à une aiguille de DESCHAMPS possède un manche plus fort et le bec plus long porte un crochet où l'on fixe la scie. Pendant l'opération un tube de caoutchouc est lié autour du bassin. Par son élasticité il permet l'écartement des os pendant l'accouchement et les rapproche automatiquement après.

De Bovis donne la première technique en France. Il opère comme Doderlein mais remplace le conducteur par « n'importe quel instrument solide et de longueur suffisante : clamp, sonde d'homme, porte fil » (VOGUET). Il met un drain dans la plaie inférieure et un bandage plâtré en ceinture. La femme est couchée jambes jointes et un peu relevées, calées par des sacs de sable pendant deux à trois semaines. Le trait osseux va du tubercule suspubien au tube sous pubien (NOBLET). De Bovis choisit cette incision très externe parceque lorsque s'écartent les deux lèvres d'une semblable section, « le vagin, la vessie, l'urètre, le clitoris et ses racines demeurent entièrement attachés à la moitié du bassin qui est intacte et se déplacent en bloc sans le moindre danger d'une rupture. »

Seligman décolle au préalable les corps caverneux en refoulant toutes les parties molles. De plus pour protéger mieux les organes sous jacents il place une sonde spéciale creusée en gouttière dans la concavité de laquelle passeront aiguille et fil scie.

Henkel après avoir par l'incision supérieure dénudé le bord du pubis, décolle le périoste postérieur avec le

doigt qui vient ainsi à la rencontre du porte-fil qu'il a passé en avant de l'os. Il ne fait pas ainsi de plaie inférieure facile à souiller pendant l'accouchement.

Tandler décolle aussi le périoste mais après avoir fait son incision parallèlement à la branche montante sur son bord inférieur et avoir sectionné entre deux ligatures le corps caverneux et son artère ainsi que le périoste décollé et les muscles ischio-caverneux. Il évite ainsi l'hémorragie parfois grave résultant de la blessure du corps caverneux. Le conducteur est introduit verticalement de bas en haut.

Reiffersheid introduit son aiguille par une boutonnière faite sur le tubercule sus pubien et la guide par un doigt dans le vagin. C'est la technique de Stolz mais le trait osseux est plus externe. L'aiguille, à grande courbure est terminée par un crochet et munie d'un mandrin.

Kannegieser, Canton opèrent de même, le premier faisant glisser d'abord la peau pour éviter la superposition des plaies, le second faisant l'incision en dedans du tubercule sus pubien. Canton attend l'accouchement spontané.

Kufferath ayant passé le fil scie à la manière de Döderlein repasse le conducteur en avant du pubis et attire par l'incision supérieure le chef inférieur de la scie. La section est faite comme dans le procédé de Henkel en croisant un peu les chefs de la scie et les attirant alternativement.

Le Professeur Fabre de Lyon fait une incision verticale « à deux travers de doigts de la ligne médiane, l'extrémité inférieure de l'incision aboutissant au bord

supérieur de la branche montante du pubis ». Le porte fil fait saillie sous la grande lèvre gauche et la peau est incisée sur sa pointe.

Jellet estimant que le procédé de Doderlein crée par suite de l'introduction du doigt dans la plaie des espaces morts rétropubiens décolle le périoste postérieur et passe le porte fil de Doderlein entre lui et l'os en se guidant sur un doigt introduit dans le vagin.

Rossier fait une petite incision « presque une piqure ». (M. GROSMANN) un peu en dedans de l'épine pubienne et se guidant par le vagin en fait une autre semblable sur la pointe de l'aiguille dans le sillon labio-crural. Non seulement il scie l'os mais un peu des parties molles, pour donner plus de jeu à l'écartement. Pour arrêter l'hémorragie il injecte 20 à 30 cent. cubes de gélatine par l'ouverture supérieure.

II. Entièrement sous-cutanée : type WALCHER

Walcher utilise une aiguille ressemblant à un trocart avec un manche et une petite courbure à son extrémité. L'aiguille est piquée au niveau de la grand lèvre et son cheminement est dirigé de bas en haut sous le contrôle d'un doigt placé dans le vagin. Quand l'extrémité de l'aiguille fait saillie au niveau du bord supérieur de l'os on va à sa rencontre avec l'index retiré du vagin. Le fil mis en place suivant que le degré du rétrécissement fait prévoir que l'accouchement pourra s'effectuer spontanément ou non on sursoit au sciage de l'os ou on y procède immédiatement.

Après Walcher **Bumm et Stockel** ont pratiqué cette méthode. L'aiguille de Bumm semblable à celle d'Emmet est articulée à sa pointe et porte un orifice spécial où l'on fixe une scie boutonnée de Gigli. Bumm pique l'aiguille à trois centimètres du clitoris entre la grande et la petite lèvre

Zarate pique son aiguille à un centimètre en dedans du tubercule sus pubien tandis que deux doigts dans le vagin font des mouvements de latéralité « mouvement prophylactique » faisant glisser les tissus, pour éviter les lésions de la vessie et du vagin. L'aiguille sort au bord externe de la grande lèvre. Une injection d'extrait d'hypophyse permet d'obtenir si possible l'accouchement spontané.

PASSAGE D'UN FIL SCIE EN ATTENTE

Notre maître M. Cathala préconise de placer en attente le fil scie lorsque la disproportion n'est pas assez marquée entre la tête et le bassin pour ne pas espérer un accouchement spontané notamment dans les extractions de la tête dernière. S'il y a obstacle à l'extraction le pubis est scié immédiatement. Nous en citons six observations IV, V, VI, VII, VIII, XXV.) L'aiguille est introduite de bas en haut par ponction au niveau de la branche montante (1).

Williams pour le forceps, Rongy dans la présentation du siège ont pratiqué cette méthode.

(1) Darène. — Thèse de Paris, 1925.

PRONOSTIC GÉNÉRAL DE L'HÉBOTOMIE

Nous ne voulons pas nous étendre ici sur ce sujet. Nous en donnons cependant les grandes lignes puisque nous retrouverons les accidents que nous allons voir au cours de la comparaison des deux types de méthode. Pour une étude plus détaillée nous renverrons au travail de MM. JEANNIN et CATHALA qui nous a servi de guide (1).

A. — ACCIDENTS IMMÉDIATS

L'Hémorragie par lésions du plexus vésical, du corps caverneux, du diaphragme urogénital ou des déchirures du vagin ainsi que celles qui peuvent se produire au cours de la section osseuse.

Le Thrombus est rarement volumineux. LÉOPOLD en cite un considérable. Il est lent à se résorber, peut être cause de douleur, d'œdème vulvaire et surtout peut s'infecter.

Les Déchirures vulvo-vaginales, sont plus fréquentes. Gigli en admet 10 0/0. Elles sont de siège variable, généralement antérieures. Leur gros danger est la communication du foyer osseux avec les voies génitales. Plus fréquentes chez les primipares (NOBLET) et dans les extractions par le forceps elles dépendent beaucoup des facteurs obstétricaux.

(1) C. Jeannin et V. Cathala. Pronostic et indications de l'Hebotomie. L'Obstétrique, oct. 1908, p. 440.

Les lésions urinaires de minime importance; incontinence d'urine passagère, hématuries vésicales ou plus graves lorsque la vessie est déchirée. JEANNIN et CATHALA réunissant diverses statistiques en trouvent 13 0/0. Elles sont dues à l'écartement des fragments tirailant les ligaments ou au contact du bord tranchant de l'os ou à la piqure de l'aiguille, ce qui serait pour Doderlein le cas le plus fréquent. Infiltration d'urine, fistules, infection, en sont les conséquences.

Les accidents infectieux, dépendent surtout de l'état des femmes avant l'intervention. GIGLI en compte 41 0/0 dont 5 0/0 de mortels.

B. — ACCIDENTS TARDIFS

L'impotence fonctionnelle n'a jamais été signalée. Les déviations et prolapsus génitaux sont rares et se seraient peut être produits en dehors de l'intervention. La sciatique persistante est très rare de même que les hernies inguinales (DE BOVIS, MAME).

C. — Mortalité maternelle, surtout par infection JEANNIN ET CATHALA en comptent environ 5 0/0. Fœtale : les mêmes auteurs donnent 7 0/0. Il faut faire une réserve pour les fœtus ayant souffert dans le bassin et ajouter les décès survenus dans les premiers jours (Hémorragie méningée).

DU CHOIX D'UNE MÉTHODE

Trois facteurs incitent en chirurgie au choix d'un procédé : facilité, rapidité, sécurité. Les deux techniques de

l'hébotomie sont aussi aisées à pratiquer l'une que l'autre. La méthode sous-cutanée demande seulement un peu plus de connaissance des repères osseux surtout lorsque la patiente présente un panicule adipeux épais. D'autre part, cette méthode nécessite un outillage moins complet. L'aiguille et la scie peuvent suffire — à condition de n'avoir pas de complication.

C'est aussi cette méthode qui serait la plus rapide. Mais ce n'est pas là un très grand avantage. Quelques minutes suffisent pour pratiquer une hébotomie. La mère n'est jamais dans un état nécessitant une urgence de deux minutes et si l'enfant souffre trop pour qu'en si peu de temps il soit trop tard il n'est aucune intervention qui permette de le sauver. Etant déjà compromis dans sa vitalité il ne faut pas pour lui, faire courir un risque à la mère. L'hébotomie remplit au mieux cette condition qu'elle soit à ciel ouvert ou sous cutanée.

Le facteur sécurité est soumis lui aussi à deux actes obstétricaux encadrant la section pubienne.

1^o CONDUITE TENUE AVANT L'HÉBOTOMIE

En général les auteurs attendent le terme de la grossesse et l'épreuve du travail. Certains cependant, (ROUVIER) préfèrent intervenir prématurément pour réduire la disproportion tête-bassin et moins léser le fœtus s'il faut appliquer le forceps.

M. CATHALA attend en général la dilatation complète. Exceptionnellement, lorsque le travail n'avance pas, les membranes rompues, parce que la tête reste élevée, il

pratique la section pelvienne avant la dilatation complète.

M. LE LORIER pratique la Pubiotomie sous-cutanée, et recherchant l'accouchement spontané intervient le plus souvent avant la dilatation complète. Il fait de la dilatation stationnaire une indication de l'hébotomie et sur les 21 cas opérés par lui, 6 seulement étaient à dilatation complète.

Lorsque par suite de la souffrance fœtale ou maternelle, il est indiqué de terminer rapidement, la dilatation est provoquée artificiellement par les moyens habituels en évitant plus que jamais les déchirures qui pourraient communiquer avec la plaie osseuse.

2° APRÈS LA SECTION PUBIENNE

ZWEIFEL estime qu'il faut laisser spontanément se terminer l'accouchement. Sur 17 cas terminés de cette manière ROSSIER ne relève pas de mortalité fœtale alors qu'il en trouve 4,3 0/0 pour 187 terminées artificiellement. Il y a deux manières de terminer ainsi : le forceps et la version. Certains cas peuvent être discutés. D'autres réclament uniquement l'un plutôt que l'autre.

Dans les cas de forceps, M. CATHALA essaie d'abord l'application de l'instrument. Si la tête ne descend pas il fait la pubiotomie. Dans les cas de version ou de présentation du siège M. CATHALA préconise dans les rétrécissements modérés du bassin de *placer en attente le fil scie*. Il pratique ensuite la version et s'il y a obstacle à la tête dernière, sectionne alors le pubis.

L'état des parties molles peut aider à l'indication ainsi

que la parité. En ne se plaçant que du point de vue mortalité fœtale et lésions vulvo-vaginales nous avons relevé 282 observations détaillées :

	81 ciel ouvert	206 sous-cutanées	290 en général
<i>Accouchement spontané</i>	50 cas 33,7 0/0	110 cas 53,3 0/0	140 cas 48,2 0/0
Sa mortalité fœtale	7 — 23,3	19 — 17,2	26 — 18,5
Lésions vaginales	5 — 16,6	29 — 26,3	34 — 24,2
<i>Forceps</i>	50 — 59,5	81 — 39,3	131 — 45
Sa mortalité fœtale	3 — 6	12 — 14,8	15 — 11,4
Lésions vaginales	10 — 20	33 — 40,7	41 — 31,3
<i>Version</i>	4 — 4,8	15 — 7,2	16 — 5,5
Sa mortalité fœtale	0 — 0	1 — 6,6	1 — 6,2
Lésions vaginales	0 — 0	2 — 20	2 — 12,4

Ce tableau indiquerait que c'est la version la moins meurtrière pour le fœtus, surtout par la méthode à ciel ouvert. Il est certain qu'elle expose moins aux hématomes de la tête fœtale et aux hémorragies méningées. Elle cause aussi le moins de lésions des voies vaginales. Malheureusement le trop petit nombre de cas permet difficilement d'en faire état.

L'accouchement spontané s'est produit dans la moitié des cas environ, moins souvent toutefois dans les pubiotomies ouvertes où les applications de forceps ont été faites d'emblée pour éviter le plus souvent la souffrance du fœtus. Cette dernière cause fait peut être monter la mortalité fœtale dans les accouchements spontanés. L'espoir d'une fin naturelle a été préjudiciable à l'enfant s'il a été meilleur pour la mère.

Dans les cas de forceps l'indice de mortalité est en faveur de la méthode ouverte. Nous verrons plus loin que

la technique de Doderlein si elle est meilleure pour la statique pelvienne ne donne pas un écartement aussi grand que celle de Gigli. Il faut toutefois remarquer que pour ce qui est du forceps, certaines lésions fœtales lui sont dues en propre et en dehors de la section pubienne. Tel qui fit une hémorragie méningée l'aurait faite avec une même application dans un bassin normal. D'autre part le fœtus peut être traumatisé à l'avance par suite du bassin rétréci sur lequel il est poussé par les contractions utérines.

En résumé quelque soit la méthode employée, si la disproportion n'est pas trop grande et la tête engagée on appliquera le forceps. Sinon, mieux vaut recourir à la version, moins préjudiciable pour la mère et l'enfant. Sous réserve que l'accouchement spontané ne puisse être obtenu sans inconvénient pour l'enfant.

L'ACTE CHIRURGICAL

Éliminons tout d'abord ce qui concerne l'agrandissement permanent. Nous avons dit que les ostéoplasties ou hétéroplasties étaient préjudiciales à la statique pelvienne. En fait, et sans ces procédés l'agrandissement permanent est fréquent dans l'une et l'autre méthode et la possibilité d'accouchements ultérieurs a été démontrée. Sur 15 pubiotomisées VAN DE VELDE relève 19 accouchements ultérieurs dont 12 spontanés. WILLIAMS utilisant la méthode sous-cutanée trouve dans les mêmes conditions 14 accouchements spontanés sur 29 qui se sont produits.

D'ailleurs cette éventualité ne dépend pas uniquement de la grandeur du nouveau bassin, mais aussi de celle du nouveau fœtus. ERHEDA MEARIN HAARBLEICHER et WILLIAMS citent respectivement quatre et trois cas où l'on dut recourir à une nouvelle pubiotomie bien que le C V ait augmenté de $1/2$ à 1 cm, mais les fœtus étant de poids supérieur ou égal aux premiers.

LE PRONOSTIC FŒTAL

Il dépend surtout des facteurs obstétricaux. Le plus souvent c'est l'état mauvais du fœtus qui donne l'indication de l'hébotomie dans un bassin rétréci où il ne peut s'engager facilement. Les chiffres relevés ne sont donc pas rigoureusement exacts.

A ciel ouvert sur les 26 observations que nous présentons, tous les fœtus sont nés vivants. L'un d'eux est mort de broncho-pneumonie non imputable à l'opération. Sur 100 cas relevés dans la littérature nous trouvons 10 fois la mort de l'enfant.

Par voie sous-cutanée, les chiffres recueillis sont très variables.

SCHLAFLI pour 510 cas en compte 61 soit 9,18 *pour cent*

ROEMER — 300 — 15 — 5 —

JACOBSON — 40 — 9 — 22,5 —

THELIN — 26 — 4 — 22,5 —

Si nous ajoutons les trois cas publiés ici aux 18 déjà donnés par M. LE LORIER nous ne relevons pas de mort opératoire pour les 21 cas. Ayant collationné 325 cas d'hébotomie sous-cutanée nous y relevons 39 fois la mort de l'enfant soit 12 0/0.

Avec les réserves faites plus haut, on voit que la différence est peu appréciable entre les deux méthodes.

LE PRONOSTIC MATERNEL

Il dépend des complications qui peuvent surgir et notamment de l'infection.

Hémorragie. Lorsqu'on étudie les observations publiées, on voit que nombre d'auteurs ont appelé hémorragie l'écoulement de sang qui se produit dès la section de la peau et du tissu cellulaire. Celle-ci étant plus longue dans la méthode ouverte, l'écoulement sanguin y est évidemment plus fréquent, cela ne veut pas dire qu'il soit une complication de l'opération.

Par contre s'il n'existe pas dans la méthode sous-cutanée, la véritable hémorragie semble y être plus fréquente et plus abondante, résultant le plus souvent (HENKEL) de la blessure des corps caverneux. Dans les deux cas d'ailleurs, l'hémorragie due à la section de l'os et des tissus parapubiens doit être sensiblement la même. Elle est seulement moins visible dans les techniques sous-cutanées.

SCHLAFLI en relève ainsi 78 pour 510 soit 15,3 0/0 dont 2 mortelles. ROTH pour 85 cas 18,7 0/0 et ROEMER pour 228, 15,4 0/0. Nous mêmes pour 262 cas en trouvons 45 soit 17,5 0/0. Nous estimerons donc un chiffre moyen de 15 à 18 0/0.

Par la méthode ouverte si l'on prend sans distinction tous les cas où les auteurs déclarent avoir eu une hémor-

ragie minime, grave, en moyenne nous réunissons 20 cas pour 84 opérations soit 23,8 0/0. Avec la réserve faite tout à l'heure il est probable que le nombre des cas où ce fut une complication est de beaucoup inférieur.

De toute manière un fait s'impose. L'hémorragie sera plus facile à traiter dans l'hébotomie ouverte — compression, ligatures des vaisseaux qui saignent — et par conséquent celle-ci est supérieure en cette circonstance.

Hématomes. Ils sont moins fréquents dans la méthode ouverte. Si par la technique de Bumm ou de Doderlein on blesse le corps caverneux, où se fera l'hémorragie ? Par l'orifice inférieur d'abord. Ce fut le cas deux de nos observations (Obs. VII, XXVI). Si l'on comprime, ou si cette ouverture est trop petite le sang fusera dans les espaces sous-cutanés généralement vers la grande lèvre du même côté, parfois les deux et même sous la peau de l'abdomen (ROSSIER, LE LORIER). C'est donc une complication peu fréquente dans la méthode ouverte.

VAN DE VELDE en relève un pour 14 cas. On n'en voit qu'un seul pour les 14 hébotomies à ciel ouvert que nous publions ici. Sur 98 observations collationnées nous n'en trouvons que 4 0/0.

Par voie sous-cutanée HOCHSEIN en relève 7 pour 16 cas, TANDLER 7 pour 19. ROSSIER 10 dont un double pour 110 opérées.

SCHLAFLI	510 cas	87 hématomes	17,1 0/0
REWER	228 —	32 —	14 0/0
NOUS MÊMES	198 —	22 —	11 0/0

Soit environ 14 0/0 des cas. La gravité de ces hématomes tient à ce qu'ils peuvent suppurer et donner lieu à des

complications infectieuses. Kannegieser les accuse même de certains cas de rétentions de lochies et provoquant ainsi indirectement une infection utérine ascendante. Ils sont plus facilement infectés par la méthode sous-cutanée parce que moins aisément drainés.

Phlébites. On peut les ranger ici parmi les complications presque immédiates. Toutefois il en est de même que pour la mortalité fœtale et l'infection en général. La Phlegmatia est une complication de l'accouchement, surtout artificiel. Elle est plus fréquente lorsque l'épanchement sanguin est plus grand du fait de la formation de caillots. Aussi nous la trouvons sensiblement de même fréquence dans les deux méthodes, 8 fois pour 98 dans celle de Gigli, 18 pour 257 soit 7 0/0 dans celle de Doderlein.

La différence n'est pas assez grande pour que nous puissions établir une comparaison. Les chiffres de Schlafli 8,2 0/0 et surtout de Roth 14 0/0 sont plus élevés par la méthode sous-cutanée.

Déchirures vulvo-vaginales.

Il semblerait qu'elles aussi soient surtout en rapport avec les éléments obstétricaux, volume de l'enfant, parité, mode d'extraction. Ne retenant que ces deux facteurs nous relevons personnellement :

a) A ciel ouvert 85 cas, 15 déchirures ainsi réparties :

14 forceps, 1 accouchement spontané, 12 primipares 3 multipares.

Parmi les forceps 5 déchirures communicantes et sur 11 primipares 5 soit 45 0/0.

b) Sous cutanées 261 cas, 43 déchirures, 8 spontanés

3 versions, 32 forceps et 238 cas avec 42 déchirures dont 26 Ipares avec 17 communicantes (65 0/0) et 16 Npares avec 4 communicantes.

Nous avons déjà montré que l'application de forceps donnait de plus mauvais résultats dans l'opération sous-cutanée. Nous voyons maintenant que les déchirures sont plus fréquentes chez les primipares, et dans la méthode sous cutanée.

Parmi les grosses statistiques de la méthode sous-cutanée nous relevons :

SCHLAFLI	510 cas	79 lésions communicantes	15,5 0/0
ROEMER	228 — 16	—	7 0/0
ROTH	85 — 16	—	18 0/0

De plus SCHLAFLI donne 6 cas sur dix où la déchirure entraîna la mort (12,66 0/0). Si nous comparons nos chiffres personnels nous trouvons :

	vulvo vag. simple	vagin. comm ^{es}	global
85 à ciel ouvert	8 cas 9,4 0/0	7 8,2 0/0	15 16,8 0/0
283 sous-cutanés	26 — 9 0/0	37 13 0/0	63 22 0/0

Il y a donc plus de lésions dans la méthode sous-cutanée et elles sont plus graves, parce que plus souvent communicantes avec la plaie osseuse. Tandis qu'il sera facile de désinfecter, de drainer la plaie communicante dans l'hébotomie ouverte, celle de la voie sous-cutanée va se terminer dans un cul de sac plus ou moins anfractueux dans « *ces lacunes ou espaces morts* » dont parle GIGLI. Si elle s'infecte on pourra être obligé de débrider, en faisant sauter le pont cutané et de transformer l'opération de STOLZ en une de GIGLI ; où sera l'avantage ?

Peut-on expliquer la prédominance des lésions dans la pubiotomie sous-cutanée. Il semblerait que l'écartement obtenu devant être moins grand, il y aurait moins de tendance à déchirer la paroi vaginale. Mais d'autre part, l'agrandissement étant moins grand, le contact du fœtus augmenté souvent du forceps est plus intime avec les parties molles. Si celles-ci ne sont pas très souples, elles n'en auront que plus de tendance à céder.

Nous avons laissé intentionnellement de côté les déchirures qui se produisent sur le col de l'utérus. Elles sont dues à un facteur obstétrical indépendant de l'opération. De même nous n'avons pas signalé tous les cas où pour éviter une déchirure périnéovulvaire l'opérateur a fait une épisiotomie. C'est ainsi que Rongy par exemple la fait systématiquement chez les primipares.

Lésions urinaires. Elles sont de deux sortes : D'ordre banal ce sont les émissions d'urine plus ou moins sanglante, l'hématome vésical, l'incontinence passagère, la cystite. Sujettes elles aussi au facteur obstétrical on les retrouve également dans les deux méthodes.

D'un ordre plus grave sont les **déchirures de la vessie**. C'est la plus sévère critique que l'on puisse faire à la méthode sous-cutanée. Encore faut-il faire une distinction. Certaines techniques — DODERLEIN, FABRE, DE BOVIS — dans lesquelles un doigt guide l'aiguille dans la plaie sont moins dangereuses pour la vessie. C'est pourquoi ROSSIER trouve par le procédé de BUMM 17,6 0/0 de lésions de la vessie tandis qu'il n'en relève que 2,4 0/0 par celui de DODERLEIN, ainsi que ce dernier concluait au congrès de Dresde en 1907 : « La blessure de la vessie peut

se produire de plusieurs manières mais *surtout par piqûre de l'aiguille.* » SCHLAFLI sur 510 cas en relève 63 soit 12,35 0/0 et ROEMER pour 2285,2 0/0. Sur les 283 cas réunis par nous, quelque soit la technique sous-cutanée nous en trouvons 21 soit 7,4 0/0, tandis que par les procédés de GIGLI, VAN DE VELDE, nous n'en trouvons que 2 pour 85 cas soit 2,3 0/0. Et ce sont deux lésions qui ne sont pas dues à l'aiguille.

L'urètre est moins souvent touché. Certains auteurs le repèrent avec une sonde métallique. Le plus souvent, quand il est lésé c'est qu'il est compris dans une déchirure étendue du vagin, donc plus fréquemment dans l'hébotomie sous-cutanée.

Accidents infectieux. A priori on pourrait croire qu'ils sont plus graves dans l'hébotomie sous-cutanée, déchirures plus fréquentes, plus étendues, espaces clos. Bien que d'autre part il soit plus facile de protéger la petite ponction que l'incision du bistouri.

D'ailleurs il faut tenir compte de l'état dans lequel se trouve l'opérée avant l'intervention ROSSIER réunissant 189 cas, relève pour 19 infectées à l'avance 3 infections mortelles tandis que pour 170 non infectées il n'y eut que 5 morts. BURGER ne parlant que de suites fébriles compte 13 femmes examinées à domicile : 6 suites fébriles. 9 ne l'ont pas été, une seule a fait 40° pour métrite.

SchlaflI et Roemer donnent un pourcentage autour de 20 dans la méthode sous-cutanée. Nous basant sur le degré de température atteint dans le puerperium nous arrivons aux chiffres suivants ;

236 sous-cutanés	71 cas	39 0/0	37 cas	15,6 0/0	108 cas	45 7 0/0
85 ciel ouvert	18	— 21,6 0/0	5	— 5,8 0 0	23	— 27 0/0

Il semble donc que la méthode de Gigli provoque moins d'infection

Complications tardives. « Le pronostic éloigné de la pubiotomie dépend de la plus ou moins grande intégrité de la statique pelvienne. Or, à cet égard la méthode sous cutanée paraît mériter la préférence » (JEANNIN ET CATHALA)

Au cours de cette étude nous avons déjà esquissé la comparaison entre les deux méthodes de ce point de vue. Il est certain a priori et de multiples expériences le démontrent que par la méthode sous cutanée l'écartement est moins grand. Cependant la ceinture cutanée si elle joue un rôle de frein n'est pas très puissante. STÖCKEL expérimentant la méthode de BUMM sur le cadavre constate que cet écartement n'est que deux centimètres à 2 cm. 5 au plus et qu'on en obtient 3 en augmentant l'abduction des deux cuisses. C'est qu'en effet en plus des ligaments les deux fragments sont retenus par les muscles adducteurs. BONNAIRE et JEANNIN ont constaté que si l'on fend la masse des adducteurs on obtient immédiatement un écart supplémentaire de plusieurs centimètres.

La méthode sous-cutanée respectera donc mieux la statique pelvienne. Cependant VAN DE VELDE revoyant 125 opérées longtemps après ne trouve pas de troubles de la marche bien que 74 aient un bassin agrandi. Tandis que ROTH retrouvant 38 de ses opérées, en note 10 se plaignant de la marche et 9 souffrant d'arthrite sacro-iliaque. Il est vrai que dans ces derniers cas la disproportion tête-

bassin était très grande. On comprend dès lors que le bassin ne cédant plus en avant l'articulation postérieure ait été plus touchée.

L'incontinence d'urine lorsqu'elle est passagère est de même fréquence dans les deux méthodes. De même celle liée à des lésions du sphincter. Elle est plus fréquente lorsqu'il s'agit de fistule dans la méthode sous-cutanée. SCHLAFLI la relève 3 fois pour 300 cas soit 1 0/0. ROTH 6 fois pour 85, 7 0/0, nous n'en n'avons relevé qu'une pour 100 cas.

Hernies. Elles seraient plus fréquentes dans la méthode sous-cutanée. Il faut en excepter cependant la méthode de BUMM où le passage de l'aiguille n'est pas suffisant pour faire place à une hernie. Mais tandis que nous n'en avons trouvé qu'une (DE BOVIS) pour la méthode ouverte SCHLAFLI en relève 9 sur les 120 opérées qu'il a revues.

Le fait d'inciser trop loin de la ligne médiane en serait une cause de même que celui de faire une incision horizontale comme DODERLEIN. C'est pourquoi l'incision de FABRE est verticale au-dessus du pubis.

Prolapsus génitaux. Ils ne sont pas dépendant de la méthode. Nous n'en n'avons pas trouvé parmi les opérations à ciel ouvert SCHLAFLI en relève 29 pour 120. Combien d'entre elles auraient ainsi été affectées, et sans pubiotomie.

MORTALITÉ MATERNELLE.

ROSSIER en 1907 réunissant 300 cas d'hébotomie cite les chiffres suivants : 4,2 0/0 dans la méthode sous-cutanée

10 0/0 à ciel ouvert Critiquant cette statistique MM. JEANNIN et CATHALA constatent que le petit nombre de pubiotomies ouvertes recueilli par Rossier fausse le résultat. Schlafli donne 4,37 0/0 pour la méthode sous-cutanée et Ræmer 1,7 0/0. Notre chiffre est semblable à ceux de ROSSIER et SCHLAFLI 325 sous-cutanés 13 morts soit 4 0/0. Mais pour les 98 cas de pubiotomies ouvertes nous ne trouvons que deux morts, 2,04 0/0.

Il serait d'ailleurs anormal qu'étant moins souvent compliquée la méthode ouverte soit la plus mortelle pour la mère. Néanmoins nous ne croyons pas que ce soit le chiffre de la mortalité qui puissent influencer beaucoup le choix de la méthode, ce chiffre étant trop faible.

En résumé la méthode ouverte permet mieux la recherche des points de repère ; l'hémostase y est plus facile et les hématomes moins nombreux ainsi que les déchirures et surtout les lésions de la vessie et des organes parapubiens. Elle a l'inconvénient de faire une plaie externe au voisinage des organes génitaux.

La méthode sous-cutanée paraît plus simple. En réalité elle ne l'est pas, car elle est aveugle et nécessite par conséquent une plus grande habitude de l'opération et des interventions obstétricales. Si elle est meilleure pour la statique pelvienne elle a le gros inconvénient de faire courir le risque de lésions de la vessie. L'hémostase y est moins facile et les hématomes — qui peuvent suppurer — plus fréquents, ainsi que les lésions vulvovaginales.

Quant à la morbidité infectieuse et à la mortalité elles sont sensiblement égales dans les deux méthodes, avec un indice meilleur peut-être pour la technique ouverte.

D'ailleurs, en cas de complications infectieuses locales, plaie communicante, hématomes suppurés dans la méthode sous-cutanée il sera toujours possible de débri-der, de drainer et de se replacer ainsi dans le cas d'une hébotomie ouverte.

Nous pouvons donc en tirer les indications qui peuvent être respectives aux deux méthodes.

INDICATIONS

Hébotomie à ciel ouvert. Elle trouvera les siennes en présence d'une femme grasse, oedématiée où la recherche des points de repère est délicate, lorsque l'opérateur sera peu familiarisé avec cette intervention ou lorsqu'il sera en présence d'une primipare ou d'une parturiente à mauvaises parties molles.

L'infection déjà constatée, un travail laborieux — favorisant les hématomes — et durant depuis longtemps la feront choisir également.

Hébotomie sous-cutanée. Elle sera préférée à titre prophylactique lorsque la dilatation est incomplète par suite du non engagement de la tête fœtale et qu'on espère un accouchement spontané ensuite.

On la choisira pour placer suivant la méthode de M. CATHALA un fil scie en attente dans les cas de version et d'extraction de la tête dernière.

En dehors d'indications précises elle pourra être pratiquée chez les multipares à bonnes parties molles et lorsque la disproportion de la tête par rapport au bassin n'est pas très grande.

CONCLUSIONS

I. — Les deux procédés d'Hébotomie, le procédé sous-cutané et le procédé à ciel ouvert ont un pronostic sensiblement égal. Il n'y a pas lieu de préférer de parti pris l'un plutôt que l'autre.

II. — Chacun de ces deux procédés doit être employé de préférence suivant ses indications.

III. — L'Hébotomie sous-cutanée semble préférable lorsqu'on pratique la section du pubis avant la dilatation complète, et dans les cas où l'on place un fil scie préventivement avec l'espérance que l'intervention ne sera pas nécessaire.

IV. — L'hébotomie à ciel ouvert semble préférable dans tous les autres cas, c'est-à-dire dans la majorité.

Vu :
Le Doyen,
ROGER.

Vu :
Le Président de Thèse,
BRINDEAU.

Le Recteur de l'Académie de Paris.

APPEL.

OBSERVATIONS

A) communiquées par M. le Docteur V. CATHALA.

I. — EMILIE B... 23 ans I pare. A présenté à 4 ans une coxalgie gauche ayant laissé une forte disproportion entre les deux membres inférieurs. Ankylose incomplète de la hanche. Mensuration du bassin externe. B C 26,5 B E 23,5 B I 9,5. Le bassin est très asymétrique et rétréci dans sa moitié gauche. Il est anteversé. Le toucher vaginal permet de sentir le promontoire saillant à 10,4 du sous-pubis. 3 mars 1908 à terme. Début du travail. La tête est élevée. Léger excès de liquide. Le 4, à 13 heures, rupture des membranes. La dilatation est complète une heure après. La tête en O I G A est défléchie. La fontanelle antérieure au centre de l'excavation. Bruits du cœur bons

A 16 heures, intervention de MM. CATHALA et LEQUEU sous anesthésie au chloro. Incision de 7 cm partant du bord supérieur du pubis un peu en dedans de l'épine pubienne se dirigeant en bas et en dehors. Suintement sanguin faible. Après avoir dénudé le bord supérieur du pubis, l'aiguille porte fil de Gigli est introduite immédiatement en dedans de l'épine. L'index droit ganté le guide par le vagin. La pointe ressort immédiatement au-dessous de l'os. Un fil de soie qu'on y attache est attiré et dénude la face postérieure du pubis. A son tour il sert à placer la scie de Gigli.

Application de forceps avant la section osseuse, la main droite intragénitale fléchissant la tête. Section de l'os. Ecartement de 4 à 5 cm. La tête est facilement amenée sur le périnée et dégagée par refoulement de celui-ci le forceps ayant été enlevé à l'apparition du Bregma à la vulve. L'en-

fant en état de mort apparente est rapidement ranimé et pèse 3520 gr.

Petite déchirure du col en arrière et à droite, ainsi qu'une plaie vulvaire assez étendue à droite du méat et communiquant avec la plaie osseuse. Les cuisses rapprochées, l'écartement persiste de 3 à 4 cm. Les urines sont claires

Suites normales. Température entre 37° et 38° sauf un soir 39°4. Le 13 mai la malade quitte le service marchant comme auparavant. L'enfant pèse 4000 gr.

II. — MARIE-JEANNE R... 27 ans. Entre le 23 juin 1913. A marché à 2 ans. Nourrie au biberon. Il pare, premier accouchement prématuré, 8 mois cranioclasie sur enfant mort 2500. Grossesse actuelle à terme. Membranes rompues le matin. O I G T. Tête haute débordant le D S. Faux promontoire saillant. Sacrum convexe PsP 9,5 Malgré d'énergiques contractions le col, souple, ne s'efface pas. M. CATHALA pratique une pubiotomie. Incision à 2 cm. à gauche de la ligne médiane la peau étant tirée pour déplacer l'incision. Section pubienne (Cf. obs I). Ecartement deux doigts. Pas d'hémorragie notable. Forceps qui en gauche prend mal la tête. Deuxième prise à l'envers. Rotation et extraction d'un enfant vivant 3180 gr. Déliv. artificielle. Pas de plaie du vagin. Petite écorchure périurétrale qui saigne. Sutures. Sonde vésicale à demeure. Suites légèrement fébriles (39,8) puis normales. Sortie le 24 juillet sans trouble de la marche. Dimensions de la tête fœtale OM. 12,8, OF 10,5, SOB 9,6, SOF 10,2 BiP 9,4 BiT. 8, S M B 9.

Revue en juin 1916 par M. POTOPI PsP 10,2. Petite exostose au niveau de l'hebotomie de 1913. Césarienne conservatrice. Enfant vivant 3500, tête fœtale : OF 11,6, BP 9,6, BiT 8,4, SOB 9,6, S M B 9,7, SOM 13. Mort de méningite au 7^e mois.

III. — M... 25 ans Ipare. Dernières règles le 13 17. déc. 1920. A terme, enfant vivant en O I G T. Présente une coxalgie

droite en adduction et un bassin généralement rétréci, fortement incliné sur le côté gauche. Rupture prématurée des membranes. Premières douleurs le 9 septembre à 19 heures. Le 10 à 9 heures dilatation complète. A 11 heures, pubiotomie à ciel ouvert. Forceps. Enfant vivant 2560 gr. Délivrance artificielle. Il existe une déchirure du vagin communiquant avec la plaie osseuse, le long de l'urètre qui n'est pas atteint ni la vessie. Suites normales. Sortie le 12 octobre avec son enfant en bon état. Pas de troubles de la marche.

IV. — FÉLICIA F... 24 ans III pare. 1^{re} grossesse en 1919, à terme enfant mort. 2^e grossesse, version interne. Embryotomie sur tête dernière. Entrée le 28 juin 1924. En travail depuis 15 heures. Dilatation complète, membranes intactes, enfant vivant O I D T. Bassin rétréci PsP 10 cm. Sacrum peu excavé et saillies au niveau des articulations sacrées. Chloroforme. Passage de la scie de GIGLI par voie sous-cutanée au niveau de l'union de la branche ascendante de l'ischion et de la branche descendante du pubis à gauche et sortant un peu en dedans de l'épine pubienne. Rupture artificielle des membranes. Version interne. Dès l'abaissement du membre inférieur on constate que le fœtus est volumineux et l'extraction se présente comme difficile par suite du rétrécissement du bassin et du volume de l'enfant. Le siège étant descendu sur le périnée le pubis est sectionné. Ecartement de trois doigts. L'extraction s'effectue facilement. Enfant vivant 4160 gr. Suites normales. Levée le 8 juillet, sortie le 11. Pas de trouble de la marche.

V. — C... 28 ans I pare à terme. Entre à la Maternité de Saint-Louis le 19 juillet 1924 à 1 heure du matin. Membranes rompues depuis 40 heures. Dilatation d'une paume de main, fœtus vivant en siège mode des fesses S I D P. Bassin aplati PsP 10,5. A 8 heures dilatation complète, contractions peu énergiques. A 10 le siège est toujours élevé, le liquide amniotique légèrement fétide. Chloro.

Passage d'un fil scie en attente par le procédé sous-cutanée à gauche. Saisie du membre inférieur droit du fœtus. Le siège, le tronc, les épaules se dégagent facilement. Manœuvre de Champetier. La tête retenue au DS ne descend pas. Section du pubis. La tête descend immédiatement et est facilement extraite. Enfant vivant 3720 gr. Pas de lésions du vagin. Suites légèrement fébriles par infection d'une déchirure de la fourchette. Lever 1^{er} août. Sortie le 2. Pas de douleur du bassin mais légère raideur du genou gauche.

Revue le 15 septembre, elle ne présente aucun trouble de la marche.

VI. — MARGUERITE G... 24 ans, Ipare D R 15 janvier 1924. Rupture spontanée des membranes et premières douleurs le 23 octobre à 23 heures. Entre le 24 à 10 heures. Dilatation 2 francs, S I G A mode des fesses. Dilatation complète à 11 h. 30. Siège élevé. Bassin légèrement rétréci, faux promontoire à 10,7 Promontoire vrai à 11 cm du sous-pubis. Sacrum peu excavé.

M. CATHALA juge prudent avant d'intervenir de placer un fil scie en attente à gauche par la voie sous-cutanée. Abaissement d'un pied, dégagement du siège et du deuxième pied. Anse au cordon. Les épaules ne s'engagent pas. Le fœtus est gros. Section du pubis. Les épaules descendent immédiatement et le dégagement est facile. Enfant en état de mort apparente facilement ranimé, 4030 gr. Le périnée déchiré nécessite de nombreux crins. Suites fébriles maximum 38°5. Infection du périnée et de la petite plaie opératoire drainée pendant 4 jours. Levée le 7. Sortie le 13. Pas de troubles de la marche.

VII. — LOUISE Z... V pare, Entre le 2 novembre 1924. 1^{er} accouchement à terme. Basiotripsie, 2^e et 3^e, avortement à 2 et 6 mois, 4^e, enfant, petit, mort de méningite au 5^e jour. Bassin rétréci généralement Ps P 9,7 Sacrum peu excavé. Tête mobile au DS n'appuyant pas sur le col. Dilatation grande paume le 3 décembre Pubiotomie sous

anesthésie au chloroforme (M. CATHALA). Ponction de la peau au bistouri au niveau de la branche montante ischio-pubienne. Introduction de l'aiguille qu'on fait passer à peu près à l'union de l'ischion et du pubis, non sans difficulté. Petite incision sur la pointe; mise en place de la scie. Hémorragie assez abondante par l'orifice inférieur M. CATHALA décide de terminer rapidement. Incision en avant et en arrière du col. Prise de forceps à l'envers en oblique droite, extraction facile. Dès qu'elle est faite l'hémorragie s'arrête. Aucune lésion des parties molles. L'écartement a été d'un travers de doigt environ. Enfant vivant 3000. Suites normales

VIII. — LOUISE L. . 26 ans II pare entrée le 2 janvier 1925. 1^{er} accouchement forceps, enfant né vivant, mort le 2^e jour. Actuellement à terme. Bassin rétréci Ps P 10 5. Dilatation grande paume. Membranes intactes. Tête fixée en G T. Bruits du cœur bons. A 10 heures la dilatation est complète. La tête appuie sur le promontoire. Avant d'essayer la version M. CATHALA juge prudent de placer un fil scie en attente ce qu'il fait par voie sous cutanée à gauche. Rupture des membranes. La paroi utérine étant très rétractée et faisant un anneau sur la tête M. CATHALA fait une application de forceps en oblique droite, les cuillers à l'envers. La tête ne descendant pas, section du pubis. La tête est alors facilement amenée sur le périnée. Après une rotation en O P seconde prise correcte et extraction d'un enfant vivant 4650 gr. Tamponnement utérin. Pas de lésions vaginales. Urines claires. Suites normales.

IX. — G. . 24 ans I pare. Entrée le 21 mars 1925. Membranes rompues la veille à 21 heures. Le 21 à 10 heures, dilatation d'une paume de main. Tête élevée en gauche transverse et mal fléchie. Volumineuse bosse séro-sanguine. Culs de sac vaginaux très prononcés. Le bassin étant rétréci — PsP 10 cm — et la femme très fatiguée M. CATHALA décide de terminer rapidement. Anesthésie chloroforme. Incisions du col en avant de 4 cm., en

arrière 5 cm. Section du pubis par le procédé sous-cutané à gauche. Ecartement un travers de doigt. La tête reste élevée. Application du forceps en oblique gauche. Les cuillers glissant sur la tête fœtale, deuxième prise en occipito frontale. La tête est amenée sur le périuée et la rotation effectuée en O P. Nouvelle prise correcte et extraction de la tête. Enfant vivant 3150 gr. La vulve est déchirée au niveau de l'insertion de la petite lèvre gauche suivant une ligne oblique en bas et en dehors. Cette plaie communique en arrière avec la plaie osseuse dont l'écartement est de 3 doigts. L'urètre n'est pas atteint bien que les urines soient légèrement teintées de sang. Suites fébriles les premiers jours (38,5 le 25 mars) puis normales.

Le 9 avril écartement resté assez grand. Il semble qu'il le soit davantage en avant qu'en arrière par le toucher vaginal. Le vagin est souple. La plaie est cicatrisée. La petite lèvre droite en partie détruite.

A son lever la femme se plaint de douleurs à la base du triangle de SCARPA et légèrement au niveau du pubis droit et de l'ischion. Pas de douleurs au niveau de la sacroiliaque ni de la section pubienne. Sortie le 11 avril ne se plaignant plus et sans trouble de la marche.

OBSERVATIONS INÉDITES COMMUNIQUÉES PAR
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

X. — CLARA G... 30 ans, IIpare. Premier accouchement prématuré 8 mois 1/2 vivant et bien portant. Entre le 1^{er} mai 1922. Bassin généralement rétréci. Promontoire accessible, à terme, excès de liquide. Œdème et varices des membres inférieurs. Le 2 mai dilatation complète. Rupture spontanée des membranes. La tête se fixe en gauche transverse. Chevauchement des pariétaux.

Pubiotomie ouverte : Incision oblique partant de 1 cm au-dessus du pubis jusqu'à l'union des 2/3 supérieurs et du 1/3 inférieur des grandes lèvres. Décollement du bord

supérieur du pubis. Passage de l'aiguille puis de la soie avec laquelle on retire le fil de Gigli. L'os est sectionné. Forceps en G. A. Ecartement deux doigts. Rotation interne. On voit se produire un hématome vulvo vaginal. Délivrance artificielle. En appuyant sur l'utérus qui est mou, l'hématome éclate. Enfant ranimé 3650. La température de la mère ne dépasse pas 38° pendant la convalescence malgré une petite embolie pulmonaire. Incontinence d'urine légère à la sortie.

XI. — MARIE V... 34 ans IIpare, premier accouchement à terme, forceps, enfant vivant 4960 gr. Entre à nouveau le 19 mai 1922. Hydramnios et œdème des membres inférieurs. Régime lacté. Le 25 mai, le fœtus est orienté en siège très oblique en bas et à gauche. Excès de liquide très diminué. BW négatif. A terme le 10 juin. Rupture des membranes. Dilatation progressive jusqu'à midi. 1 cc morphine. Présentation céphalique très mobile. Le 11 juin, M. BRINDEAU pratique une pubiotomie ouverte. Aussitôt la section faite la tête descend sur le périnée. Forceps. Enfant vivant couvert de meconium 4130 gr. Hémorragie utérine. Suites fébriles. Phlébite. L'enfant est mort le 21 juin (Bronchopneumonie).

XII. — CATHERINE B... 32 ans IIpare, premier accouchement en province. Laborieux forceps, enfant vivant. Entre le 9 février 1920, à terme. Gros enfant tête au D S. Bassin généralement rétréci. Dilatation complète. Pubiotomie ouverte droite. Hémorragie modérée. Forceps. Vagin intact. Enfant vivant 4130 gr. Suites normales.

XIII. — MARGUERITE R... 25 ans, IIpare. Entrée le 18 juin 1923. En travail depuis 33 heures. Membranes rompues. Promontoire très saillant, col épais dilatable.

20 juin. Pubiotomie ouverte droite, sous anesthésie rachidienne. Forceps sur tête élevée en oblique gauche. La tête ne s'engage pas. On écarte les cuisses sans succès. Soudain la tête s'engage : le périoste antérieur vient de céder. Dégagement en transverse. Délivrance naturelle.

L'opération a été remarquablement exsangue. Les parties molles très souples sont intactes. Enfant vivant 3600 gr. Suites fébriles. Le 10 juillet phlébite droite.

XIV. — MARIE R., 31 ans. IIpare. Entrée le 15 juillet 1923. Présentation du front en N I G A. Promontoire au loin. Bruits du cœur bons. Tête bloquée. Anesthésie rachidienne. Pubiotomie ouverte droite. Ecartement deux doigts. Hémorragie modérée, forceps facile. Dégagement en mentopubienne. Pas d'incident. Enfant vivant 3440 gr. Suites de couches fébriles, légère incontinence d'urine, puis phlébite gauche.

Revue en mars 1924. Légers troubles trophiques de la jambe gauche sans boiter ni souffrir. L'incontinence a disparu.

XV. — SUZANNE H., 27 ans. Ipare. Entrée le 5 mars 1924. D R 24 mai 1923, excès de liquide et œdème des membres inférieurs. 18 mars rupture des membranes. Le 19, début du travail. Le 20 à 9 heures, dilatation 2 francs. M. BRINDEAU diagnostique un bassin généralement rétréci et fait faire 1/4 cc. hypophyse. A 21 heures dilatation petite paume. Le 21 mars le segment inférieur est surdistendu. Anneau de rétraction au niveau de l'ombilic. Partie basse œdématisée et douloureuse. Contractions ralenties reprenant après injection de 1/4 cc. hypophyse. Dilatation presque complète à 9 h. 45. Col rigide avec spasme des releveurs. Parties molles résistantes, vagin très étroit, bruits du cœur bons.

Pubiotomie à 10 heures. Anesthésie rachidienne. Dès le début de celle-ci l'anus s'entrouvre, les parties molles deviennent élastiques et le col cède brusquement. Pendant la Pubiotomie, ouverte, hémorragie minime. Application du forceps. Déchirure du vagin à droite de la colonne antérieure. Périnée intact, enfant vivant 2980 gr. Délivrance par injection funiculaire. Sonde à demeure. Suites fébriles pendant une dizaine de jours.

XVI. — JEANNE U., 22 ans. IIpare. Premier accouche-

ment à terme en 1921. Forceps au D S, à l'Hôtel-Dieu enfant mort 1 heure après. Entre le 29 mars 1924, à terme. Faux promontoire saillant à 10 cm. Membranes rompues. Volumineuse bosse séro sanguine sur tête élevée. Col perméable. Bruits du cœur bons. Le 31 tête toujours haute. Liquide teinté de méconium, dilatation quasi complète. A 10 h. 35 anesthésie lombaire et pubiotomie ouverte. Hémorragie légère écartement de un doigt. Forceps pendant lequel le vagin éclate en avant et à droite. Délivrance funiculaire. Enfant vivant 3870 gr. Pendant la convalescence, la température atteint un soir 38,6. La malade conserve une fistule vésico vaginale à droite et au dessous de l'urètre.

XVII. — YVONNE K..., Ipare. Entrée le 28 avril 1924. En travail depuis 3 jours. Elle a subi en ville 3 applications de forceps. Dilatation 4 cm., col épais ferme et résistant. Anesthésie rachidienne. Liquide céphalo-rachidien hypertendu. Dilatation préfœtale à l'aide de la main. Incision du col en arrière. Pubiotomie ouverte gauche. Tête en O. I. G. A. Pas d'hémorragie. Forceps facile. Le vagin a éclaté en avant et à gauche. Délivrance par injection funiculaire. Enfant vivant 1280 gr.. Suites normales. Sortie le 18 mai, la malade marche bien mais perd ses urines.

XVIII. — ADÈLE D. ., 29 ans, IVpare. Entrée le 19 juin 1924. 1^{er} et 2^e avortement, 3^e accouchement à terme forceps, enfant mort. Actuellement à terme. Promontoire accessible. Tête élevée, dos à droite. Le 20 juin membranes intactes à 14 heures la dilatation est de 5 francs. 16 heures, rupture des membranes. La tête ne descend pas; à 21 heures, dilatation complète tête haute en asynclitisme postérieur. A 21 h. 30 pubiotomie ouverte sous anesthésie rachidienne. Hémorragie très modérée. Ecartement deux doigts. Forceps en droite. Dégagement sans rotation. Parties molles intactes; enfant vivant 4000 gr., suites normales.

XIX. — RENÉE C., 33 ans. Ipare. Entrée le 4 juillet 1924.

Bassin généralement rétréci PsP 10,2. Gros enfant. Rupture prématurée des membranes le 4 juillet, (DR 20 octobre). Le soir apparaissent les douleurs. 5 juillet à 8 heures, tête appuyant sur le DS; dilatation 5 francs. Bruits du cœur bons. Grosse bosse séro sanguine. A 9 h. 45, bruits du cœur lents, sourds et soufflants. 12 h. 40, pubiotomie ouverte sous anesthésie rachidienne. Après avoir brisé 4 scies on arrive à en passer une en la guidant avec une soie à côté de la section commencée. Forceps en G A Déchirure simple du vagin à droite et en avant. Déchirure communicante à gauche. Du même côté déchirure du col. Tamponnement intravaginal, sonde à demeure. Enfant 3040 gr. Suites normales.

Revue le 29 juillet. Marche normale. Pas de troubles vésicaux. Ecartement permanent vérifié à la radiographie.

XX. — CAMILLE C..., 34 ans, II^e pare. 1^{er} accouchement à terme 1916. enfant vivant 2.500 gr. 2^e accouchement forceps à la Pitié en 1923, mort né. Entrée le 25 juin 1924. DR 16-20 sept. 1920. Bassin généralement rétréci PsP 9,6. Le 11 juillet, tête élevée tendant à se fixer. Dos à gauche. Membranes intactes. A dilatation complète, présentation intermédiaire entre le front et la face. Utérus en sablier. Chloroforme. Pubiotomie ouverte gauche. Pas d'hémorragie L'aiguille ayant été dirigée trop obliquement est sortie par le trou obturateur. La section du pubis incomplète nécessite une deuxième section. Ecartement de deux doigts, forceps, rotation à la vulve. Délivrance par injection funiculaire. Désinserement de l'orifice interne du vagin sur la moitié gauche. L'urètre est dévié mais non touché. Suture de l'hiatus sus vaginal et de la peau. Sonde à demeure. Enfant vivant 3,900 gr. Suites normales.

XXI. — HENRIETTE B ..., 32 ans, II^e pare. 1^{er} accouchement forceps à terme, 4 000 gr. 2^e accouchement forceps à terme, 3 500 gr. Entrée le 2 août 1924, à terme. Faux promontoire saillant aisément accessible. Epines sciatiques saillantes Bassin généralement rétréci. Le 2 août, rupture

des membranes. Dilatation complète, fœtus en G T. 19 h 30, pubiotomie droite sous-cutanée. Incision de 2 cm. à droite et au-dessus du bord supérieur du pubis. L'aiguille introduite rase la face postérieure de l'os et fait saillie au niveau de la grande lèvre. La scie est attirée et l'os sectionné sous la peau. Il se produit une hémorragie importante et un hématome sous cutané. On fait 1 cc. hypophyse et on cesse l'anesthésie. Mais on doit reprendre celle-ci la femme se débattant. La tête est défléchie en front transverse. Forceps en prise oblique. Dégagement en gauche antérieure la tête s'étant refléchi à la vulve. Vagin et périnée intacts 3 crins sur l'incision supérieure; l'incision inférieure ne mérite même pas une agrafe. Sonde à demeure. Enfant vivant, 3.540 gr. Suites normales, sauf un soir 38 8.

XXII. — SUZANNE F..., 29 ans. Ipare. Entrée le 19 nov. 1924, à terme. On arrive difficilement sur le promontoire. Le bassin semble rétréci transversalement, mais non dans le sens antéropostérieur. Le pourtour est un peu étoffé. Le périnée et les releveurs sont résistants. Le 17 novembre, à 6 heures, début du travail. A 9 h. 45, tête au D S, col entr'ouvert, segment inférieur épais. A 19 h., dilatation petite paume. Rupture des membranes. Liquide normal. Le 18, à 10 h. 30, tête paraissant fixée au DS en droite postérieure. Pas de contractions. Dilatation stationnaire, releveurs contractés. Anesthésie rachidienne. Contractions un peu plus forte. A 11 h 25, 1/4 cc. hypophyse. Contractions assez forte. Bruits du cœur bons, sauf quelques irrégularités. A 11 h 30, essai de forceps Demelin facilement mis en place. On a l'impression qu'il faudrait faire un effort important et dangereux pour sortir la tête. On complète l'anesthésie au chloroforme. Pubiotomie sous-cutanée (Cf, obs. XXI) Section facile. Aussitôt la tête descend. Forceps Tarnier en transverse. Dégagement facile. Enfant ranimé, 3.940 gr. Il existe une déchirure de l'orifice externe du vagin de un travers de doigt. Urètre dévié à droite. Vessie intacte. Suites normales.

A fait le 5 décembre des accidents oculaires (Paresie Vlpaire), à rattacher à la rachianesthésie et disparus le 31 décembre.

XXIII. — JULIETTE O. ., 31 ans, Ipare. Entrée le 28 nov. 1924. Le médecin qui la soigne constatant une dilatation lente et une tête haute après 24 heures de travail l'envoie à la clinique Tarnier. On constate alors une tête mobile au D S. Dos à gauche. Bruits du cœur bons. La symphyse pubienne est basse. Epines sciatiques saillantes. Promontoire pas accessible. Très gros enfant. A 12 h. Rachianesthésie. Pubiotomie sous-cutanée à gauche. Ecartement deux doigts. La tête en gauche tend à descendre un peu. Forceps Tarnier. Gros enfant criant tout de suite, 4140 gr. L'orifice vulvaire seul a cédé. L'hémorragie a été très modérée. Délivrance par injection funiculaire. Périnéoraphie. La température a monté deux soirs à 38° pendant le puerperium.

OBSERVATIONS INÉDITES

COMMUNIQUÉES PAR M. LE DOCTEUR LE LORIER

XXIV. — ELISABETH D... 24 ans, Ipare. Entrée le 10 janvier à l'hôpital Boucicaut D R 27 avril. Petite. Très adipeuse. Absence des incisives latérales, dents écartées. Léger œdème de la paroi H U 40 cm. Enfant vivant. Sommet, dos à gauche, semble gros. 19 janvier, dilatation presque complète à 3 h. Tête grosse, mobile dans l'excavation. A 6 heures température 39°2 pouls 128. Bruits du cœur fœtal rapides. Tentative de forceps qui amorce une déchirure de la paroi postérieure du vagin et du périnée. M. LE LORIER décide de faire une pubiotomie chez cette femme ayant un bassin légèrement aplati (Soussacro sous pubien 10,4) dont le fœtus est retenu par les épaules, la tête ayant franchi le D S. Opération faite à gauche par voie sous-cutanée. Intervention rapide et sans incident. Application de forceps qui permet d'extraire un enfant ranimé difficilement, pesant 4260 gr. et présentant une paralysie

faciale due au forceps. Il fera plus tard un foyer de broncho-pneumonie gauche.

Convalescence normale sauf quelques douleurs sacro-iliaques et insomnie pendant trois jours

XXV. — MARIE B... 26 ans. Ipare. En travail depuis 48 heures. Bassin plat rachitique, canaliculé avec faux promontoire à 11 cm. Malgré la rupture précoce des membranes (3 mars à 6 h) la dilatation s'est poursuivie grâce à un modelage considérable de la tête fœtale dont les sutures chevauchent mais dont les bosses pariétales n'ont pas franchi le D S. Le 3 mars à 10 h. 30 M. LE LORIER décide de pratiquer une pubiotomie différée suivant la méthode de M. CAHALA. Mise en place de la scie de GIGLI et tentative prudente de forceps qui n'aboutit pas. Section immédiate du pubis sans retirer le forceps. A l'aide de celui ci la tête est amenée à la vulve en G T. Deuxième prise pour rotation et extraction. L'enfant étonné crie rapidement, 3700 gr. Il existe une déchirure vaginale très profonde sur la paroi antérieure gauche ne communiquant pas avec la plaie osseuse ni avec la vessie. La convalescence est interrompue le 10 mars par une phlébite gauche.

XXVI. — ARMANDINE B... 32 ans. II pare. Premier accouchement spontané à terme, enfant vivant de 3000 gr. Grossesse actuelle. Entre le 17 mars 1925, H U 36. La tête déborde mal fléchie au dessus du D S. Membranes rompues la veille. Le 18 à 7 h. liquide teinté de méconium, tête se fixe, dilatation petite paume à 10 heures. Souffrance manifeste du fœtus : altération des bruits du cœur, liquide purée de pois. Dilatation stagnante grande paume, Tête mi-défléchie en asynclitisme antérieur léger. Pubiotomie d'emblée faite à gauche par voie sous-cutanée. Pendant la section un gros jet de sang sort par l'orifice inférieur arrêté après la section par une compression énergique. Les cuisses sont mises en abduction forcée, Ecartement 4 cm. Pas de rupture du vagin. M. LE LORIER

fait une prise de forceps en O F évitant ainsi de ponter le sacrum et de mettre l'instrument en contact avec la région rétropubienne. La tête est amenée dans l'excavation et les cuisses rapprochées. Deuxième prise correcte et rotation complétée seulement avec la cuiller postérieure qui est elle-même enlevée avant le passage de la circonférence S O F. Dégagement par expression abdominale et périnéale. Extraction sans incident. Enfant ranimé par M. LE LORIER sans insufflation, par les excitants cutanés habituels. Il pèse 3900 gr Déformation plastiques. Empreinte du promontoire sur le pariétal gauche. Volumineuse bosse sanguine Parties molles maternelles intactes. Actuellement la mère et l'enfant sont en très bon état. Diamètre de la tête fœtale : O M 13,3 O F 12, S O B 10,3, BiP 9,4, B T 8,3.

BIBLIOGRAPHIE

- AUBERT. — Revue Médicale Suisse Romande, 1906 XXVI.
AUDEBERT et GILLES. — Bulletin Société obst. Paris 1907.
BACON. — Surgery Gynecology obstetrics Chicago 1913
XVI 105.
BAR. — Bull. Soc. obst. Paris 1905, page 76.
BERNY. — *Thèse de Toulouse* 1907.
BERTINO. — Ginecologia 1007, pages 73 et 715.
BLUMENTHAL. — La Clinique, Bruxelles 1907 XXI, 101-417.
BONARDI. — Ann. dt ostet e gineco, janvier 1898.
BONNAIRE. — Bull. soc. obst. Paris 1905 p. 184.
DE BOVIS. — Semaine médicale 21 déc. 1904 (Cf. Voguet,
Noblet).
BUÉ. — Nord médical français XII, pages 97-101.
BUMM. — Précis. d'obstétrique. Edition française.
BÜRGER. — Gynäk. Rundschau 1907. Cent Blatt f Gynack,
juillet 1905.
CANTON. — Archiv. de Gyneco. Barcelone 1909.
CALDERINI. — Annali di ostet e ginecologia, juin 1900.
V. CATHALA. — Bull. Soc. obst. Paris, décembre 1924,
XIII p. 779.
VAN CAUVENBERGHE. — Semaine médicale, 1906 p 321.
COMMANDEUR. — Bull. Soc. obst. Paris 1909 p. 85.
DARÈNE. — *Thèse de Paris* 1925.
DORDERLEIN. — Archiv für Gyn. LXXII, p. 284 Verhand-
lungen XII p. 95, Cent Blatt f Gynäk, octobre 1904-
1906.
FABRE. — Bull. Soc. Paris 1907 p. 270-1910 p. 61-283-462-
1911. p. 299-1912, p. 517-925.
FERRARI. — Bull. Soc. Toscane 1903, n° 5.

- FERRONI. — Ann. di ost. et Gin. fev. 1908 Ginecol avril 1904.
- FREELAND. — Journ. obst. Gyn. British Empire, 1911, p. 11-511.
- GARDINI. — Ann. di ostet e Ginec 1900 n° 6, p. 417.
- GIGLI. — *Taglio lateralizzato del Pube*. Ann. di ostet e Ginec., octobre 1894. Presse médicale 27 mai 1905. Cent. Blatt f. Gyn. 19 nov. 1904. Bull. Soc. obst. Paris 1904. Bull. Soc. Toscane mai 1902.
- GIUCCARDI. — Ginecologia, 1906 p. 35.
- MARIE GROSSMANN. — *Thèse de Lausanne* 1911.
- GUENIOT. — in *Pratique de l'art des accouchements* Bar. Brindeau II p. 921 et *Revue française d'obstétrique* 1907.
- HAARBLEICHER. — Journ. Obst. gyn. Brit. Emp. 1911-I-367.
- HENKEL. — Zeitschrift für Geburtsh. 1906 LXXX.
- HOCHEISEN. — Archiv. f. Gynäk, 1906 LXXX.
- JACOBSON. — Surg. Gyn. obst. 1912 XV p. 213-219
- JEANNIN ET V. CATHALA. — L'Obstétrique, oct. 1908, 440.
- JELLET. — Surg. Gyn. Obst. fév. 1915 et 1926 XXIII, 733.
— Ibid, 1919 XXIX 117, 1920 XXX, 616.
- KANNEGIESER. — Archiv. f. Gyn. 1906 LXXVIII p. 1. Semaine Médicale 1906, 317.
- KNIPPE. — American Jour. Obst. 1913 LXVII p. 984.
- KROEMER. — Cent Blatt f. Gynak, 1908, n° 31.
- KROENIG. — *Revue Médicale Suisse Romande* 1907 p. 121-125.
- KUTTNER. Cent Blatt f. Gynäk 1905, n° 25.
- LACOUR. — *Thèse de Paris* 1844, pages 83 et 84.
- LAMPUGUANI. — Gynécologia 1908 p. 717.
- LAMOND-LACKIE. — Edimb. Méd. Journal, 1912 IX, 47.
- LE LORIER. — Bull. Soc. Obst. de Paris 1924, n° 7, page 488.
- LERDA. — Ann. di ostet e Ginéc. Febbraio 1908.
- MACÉ. — Bull. Soc. Obst. Paris, 16 nov. 1905, 21 juin 1906, 21 février 1907.
- MALGAIGNE. — *Manuel de Médecine opératoire*, Paris 1861, p. 801.

- MANN. — Cent Blatt für Gynäk 1907, p. 1283.
- GARCIA MARRUZ. — Rev. Méd. Cubana. La Havane 1921 XXXII, n° 9.
- MEURER. — Fisdshift vrer Genuskunde 1903 p. 23.
- MEYER. — Cent Blatt f Gynäk 1903 n° 13.
- MONGOMERY. — Congrès international Lisbonne 1904, Sect. 13, page 207.
- MORSE. — Surg. Gyn. Obst. Chicago 1912 XIV p. 165.
- MURAT. — Dictionnaire des Sciences Méd. Paris 1821.
Art : (*Symphyséologie*).
- NOBLET. — Thèse de Paris 1912.
- NUBIOLA. — Revista Espagn. Ost. Gyn. Madrid 1922 VII, 77.
- OBERNDORFER. — Cent Blatt f. Gynäk 1908, p. 291.
- RAMIREZ OLIVELLA. — Arch. del Hosp. municip. La Havane 1922, I, 103.
- PALADINI. — Ginecologia 1907, 58.
- PANKOW. — Zeitsch. f. Geb. und Gynäk 1910 LXVII, 2.
- PESTALOZZA. — Bull. Soc. Toscane, mai 1903, déc. 1902, p. 161.
- PLANELL. — Archiv. Gyn. obs. Barcelone 1919 ZXXII, 7.
- PORAK. — Bull. soc. obt Paris 1905 p. 113-180.
- PUECH. — La Province médicale p. 278 juin 1906.
- REIFFERSHEID. — Cent Blatt f Gynäk 1906 et 1908 n° 18.
- RESINELLI. — Ginecologia 1905 1906 p. 380, 1907 p. 380.
- ROEMER. — Zeitch f Geburtsh 1911, LXVIII, 317.
- RONGY. — American journ. obst 1914 LXIX 326, 1917 LXXV 215.
- ROSSIER. — Revue méd. Suisse Romande 1908 p. 147-297, 1907 p. 621.
- ROSTHORN. — Congrès de Dresde 1907.
- ROTH. — Cent Blatt f Gynäk 1911, 362.
- ROUVIER. — Réunion d'obst et Gyn. Alger 1913.
- SALADINO. — Ginecologia 1906 323, 1907 68.
- SCARLINI. — Bull Soc Toscane, nov. déc. 1902.
- SCHAUSA. — Cent. Blatt f Gynäk mars 1905, (cf. Bürger).
- SKIKELE. — Congrès de Dresde 1907.
- SCHÄFLI. — Zeitsch. f Geburtsh, 1909 LXIV 85.

- SEELIGMANN. — Soc. méd. de Hambourg 17 octobre 1905.
SIGAULT. — *Discours sur les avantages de la section symphyse*, Paris 1779.
TANDLER. — Cent Blatt f Gynäk 20 janvier 1906.
THELIN. — Congrès de Lausanne 9-11 avril 1923.
TITUS. — Surg. Gyn. obst 1916 XXIII 723.
TRUZZI. — Ann di ost e ginec, septembre 1905.
VAN DE VELDE. — Cent Blatt f Gynäk 1902 n° 37-1904-Wien
Klin Wochen 1902 n° 29. Wiener med Wochen
1907 p. 29, l'Obstétrique, Paris 1914 p. 853.
VOGUET. — *Thèse de Paris 1906*.
WALCHER. — Cent Blatt f Gynäk 1907 XXXL 929.
WALLACE. — Trans. North England obst et Gyn. 1906
p. 117. Journ. obst. Gynec of British Empire 1913
I, 33.
WILLIAMS. — American journ. obst. 1910 p. 5, 1915 LXXII
p. 8-9-72.
ZARATE. — Revue mens. obst Gyn. 1914 IX 301. Bull. soc.
obst Paris 1924 p. 423.
ZWEIFEL. — Congrès de Dresde 1907.



